

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 214

HÉMATOCÈLES THYROÏDIENNES LATENTES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Mai 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri MOLETTE de MORANGIÈS

Né, le 7 mars 1887, à Paris (Seine).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Mai 1921

HÉMATOCÈLES

THYROÏDIENNES LATENTES

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. LÉPINE DOYEN.
ROQUE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	BLRARD
Clinique neurologique et psychiatrique.	FABRE
Clinique des maladies des enfants.	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	LÉPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires.	WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.	LANNOIS.
Chimie biologique	ROCHET.
Chimie organique et Toxicologie.	NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie.	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales.	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE (A.)

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe	VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,
Chimie minérale.	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	HOVELACQUE.
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	GARIN	DUROUX	CORDIER
BRETIN	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT	MURARD
TAVERNIER	PIERY	FLORENCE (G.)	BONNET
CADE	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des fonctions.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, *Président* ; COTTE, *Assesseur* ;
MM. MURARD, et BONNET, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 214

HÉMATOCÈLES THYROÏDIENNES LATENTES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Mai 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri MOLETTE de MORANGIÈS

Né, le 7 mars 1887, à Paris (Seine).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Mai 1921

A LA MÉMOIRE DE MARIE-THERÈSE COLLET

Infirmière de la S. S. B. M.,
Décorée de la Médaille des Épidémies,
Morte en service, le 10 juillet 1918.

A LA MÉMOIRE DE JOSEPH-FERDINAND COLLET

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de gratitude et d'affectueuse
reconnaissance.

A MA FIANCÉE

A MES SŒURS ET FRÈRE

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique chirurgicale.

Pour le remercier ne nous avoir aimablement
accueilli dans son service et d'avoir bien voulu
nous confier ce sujet de thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNOIS

Professeur de Clinique d'oto-rhino-laryngologie.

Hommage reconnaissant et affectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN MURARD

Professeur agrégé à la Faculté.

Qu'il me soit permis de le remercier plus
particulièrement pour l'aide qu'il m'a donnée si
généreusement et pour la si cordiale sollicitude
qu'il m'a montrée.

A MES MAITRES

HÉMATOCÈLES THYROÏDIENNES LATENTES

INTRODUCTION

Il peut sembler étrange qu'il reste encore aujourd'hui quelque chose à ajouter à l'histoire des goîtres, après les études si fouillées qui en ont été faites et les travaux plus particulièrement remarquables des chirurgiens suisses (KOCHER, REVERDIN), et de l'école lyonnaise (PONCET, JABOULAY, BÉRARD). Ces travaux aujourd'hui classiques ont mis en valeur tous les types des goîtres, aussi bien dans leurs variétés de siège, de structure, que dans les complications auxquelles ils peuvent donner lieu. L'école lyonnaise a contribué pour une part très importante à cette étude, et il faut souligner, parmi les mémoires les plus récents consacrés à quelques points de la question d'ailleurs très vaste des goîtres, ceux de MM. BÉRARD, DELORE, ALAMARTINE.

Notre intention n'est pas d'apporter une contribution bien nouvelle, mais d'insister sur une des complications du goitre, l'hématocèle, ou plutôt sur un mode

anormal de cette complication. L'hématocèle dans les kystes thyroïdiens est bien connue, sa description est faite d'une façon très complète dans l'ouvrage de M. BÉRARD; elle a fait l'objet de la thèse inaugurale de TROCHÉ¹, à laquelle on peut se reporter pour en lire une étude complète. L'hématocèle thyroïdienne constitue une complication, sinon très fréquente, du moins rencontrée assez souvent pour que sa physionomie clinique soit familière au chirurgien. Or, quand on se trouve en présence d'un goitre qui semble banal, qui n'a donné lieu à aucun signe particulier et qu'à l'intervention on trouve une hémorragie intrakystique, on peut bien manifester quelque surprise. Il y a donc des hématocèles latentes, des hémorragies progressives sans signe clinique apparent, ou du moins suffisant pour en faire le diagnostic. Notre maître, M. le professeur TIXIER, a eu l'occasion de rencontrer ainsi des hématocèles que rien ne pourrait faire soupçonner. Nous en connaissons d'autres observations.

A vrai dire, cette forme n'est pas inconnue : elle est déjà signalée par TROCHÉ dans sa thèse ; il la décrit sous le nom de forme chronique de l'hématocèle. Mais il nous a paru qu'il y avait lieu d'appeler l'attention sur cette forme peu classique et cependant digne d'intérêt.

Pour élargir un peu le cadre de cette étude, nous avons jugé bon d'y comprendre, non seulement les hématocèles thyroïdiennes vraies, mais aussi les hémorragies latentes dans les goitres parenchymateux à cavités pseudokystiques, car entre les grands kystes thy-

¹ Troché, *Les hématocèles thyroïdiennes*, thèse de Lyon, 1904-1905, n° 83, 98 pages.

roïdiens et le cysto-adénome, il n'y a guère qu'une question de degré. Que l'hémorragie se produise dans une cavité unique ou qu'elle infiltre un noyau parenchymateux, en formant de multiples petites poches sanguines dans ses géodes, le processus est identique, et la constatation inopinée d'une hémorragie que rien ne faisait prévoir, une surprise.

Nous n'avons pas voulu faire une bibliographie étendue de la question ; il nous a semblé qu'il était plus utile de nous limiter à rapporter les trois observations qui sont le point de départ de ce travail, en les faisant précéder de quelques commentaires. Aussi, avant de publier leur histoire, croyons-nous bon de rappeler en quelques mots ce que c'est que l'hématocèle et par quel mécanisme elle se produit.

CHAPITRE PREMIER

NOTIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

1° Nature des kystes thyroïdiens. — Quel que soit le volume, quelle que soit la variété des kystes thyroïdiens, leur stade initial, leur point de départ est toujours dans une petite cavité creusée au sein du parenchyme, remplie de substance colloïde. La variété qui donne naissance aux kystes c'est le cysto-adenome. C'est le cysto-adenome qui donne lieu aux variétés de goîtres les plus volumineux. Mais, selon les cas, la structure du noyau goitreux peut rester au stade de grandes cavités colloïdes ou évoluer vers la transformation kystique. Cette transformation en kyste vrai se fait d'ailleurs de deux façons : ou bien il se forme un plus grand kyste, qui peu à peu absorbe les petits kystes environnants et constitue une grande poche unique ; ou bien, au contraire, plusieurs cavités subissent en même temps cette transformation et on aura, selon des types divers, des noyaux polykystiques, des kystes à deux ou trois loges et les variétés intermédiaires.

C'est pourquoi, entre le kyste thyroïdien et le goître parenchymateux, il y a une série de degrés intermé-

diaires, et l'on comprend qu'en dehors des difficultés cliniques de reconnaître un kyste d'un goître parenchymateux, il y ait souvent une impossibilité anatomique, puisque les formes intermédiaires sont si fréquentes et si complexes.

2° Caractères des kystes thyroïdiens. — Les kystes thyroïdiens peuvent être uniques ou multiples. Ils peuvent envahir la glande thyroïdienne toute entière, cas le moins fréquent, ou bien être localisés à un des lobes (le droit plus souvent que le gauche), très rarement à l'isthme. On les rencontre même dans les thyroïdes accessoires.

Volume. — En tout cas, quelle que soit leur situation, les kystes thyroïdiens présentent les dimensions les plus variables (cas volumineux de PONCET et VON BRUES). Ils sont d'abord inclus dans la glande, puis « ont une tendance à s'énucléer d'eux-mêmes ». On peut n'avoir affaire qu'à un grand kyste unique ou à quelques kystes de dimension moyenne. Il est rare de rencontrer une dégénérescence kystique complète ; cependant GANGOLPHE a opéré une tumeur thyroïdienne en « grappe de raisin » qui ne laissait intacte aucune parcelle du parenchyme glandulaire (BÉRARD).

Forme. — Au début, ils se présentent sous une forme régulièrement arrondie, puis, au fur et à mesure de leur développement, ils prennent une forme irrégulière et bosselée, plus ou moins mamelonnée.

Contenu. — Le contenu de ces kystes, en dehors de toute complication, est un liquide séreux, jaunâtre et filant.

Etude de la paroi. — Quant à la paroi de la poche, elle peut être mince ou épaisse. Au début, elle n'a guère que 1 ou 2 millimètres d'épaisseur pour atteindre parfois dans la suite 10 à 12 millimètres.

On s'accorde assez généralement à lui reconnaître :

a) Une couche externe, fibreuse, adhérant plus ou moins au tissu sain et contenant des vaisseaux sanguins très dilatés.

b) Une couche interne épithéliale qui peut être lisse ou végétante. Cette couche interne est lisse, lorsqu'il y a prédominance du tissu conjonctif qui enserre entre ses mailles fibrillaires des globules sanguins et des cellules épithéliales, tous éléments plus ou moins déformés ; peu ou pas de vaisseaux, mais quelques petites hémorragies interstitielles en nappes.

D'autres fois, on se trouve en présence d'une couche interne végétante, renfermant des vaisseaux abondants et friables. On voit, rampant à la surface de cette couche, de véritables réseaux vasculaires dont les uns sont enclavés entre des follicules thyroïdiens et les autres à peine recouverts par quelques cellules, baignant presque dans la cavité kystique (TROCHÉ). Ces capillaires, dont la tunique n'est plus qu'un endothélium incomplet, se rompent très aisément, d'où facilité de l'hémorragie.

3° **Hémorragie dans un kyste : hématocèle.** — L'hémorragie dans un kyste, c'est l'hématocèle thyroïdienne. Le contenu de ce kyste est alors constitué par un liquide de coloration lie de vin, chocolat ou noirâtre. Il n'est pas rare de trouver du sang pur, noir

ou rutilant, semblable à du sang artériel où surnagent des flocons fibrineux rouges ou gris, pleins d'hématies ou de leucocytes. Le liquide est coagulable par la chaleur et présente, d'après HOPPE-SEYLER, les réactions de la paralbumine (TROCHÉ).

A l'examen microscopique, on peut reconnaître des globules sanguins plus ou moins altérés et des cellules épithéliales.

GOSSELIN a retiré d'un kyste hématique thyroïdien sept calculs gros comme un pois.

Les différents éléments de ce liquide se désorganisent. Le sang se coagule, les globules rouges mettent en liberté l'hémoglobine qui donne naissance à des granulations pigmentaires. Les caillots fibrineux se déposent aux parties déclives et remplissent la cavité en lui donnant les contours caractéristiques en poire et il reste un liquide plus fluide, plus ou moins pailleté de cholestériné.

A ces hémorragies succèdent des phénomènes de sclérose qui donnent son épaisseur à la partie externe de la poche, tandis qu'à la partie interne se produisent des végétations papillaires, formées par des prolongements embryonnaires des capillaires voisins.

Mécanisme de l'hémorragie. — Mais quel est le mécanisme de l'hémorragie? Les végétations papillaires que l'on rencontre à la face interne de la poche kystique sont constituées de capillaires de très grande fragilité, puisqu'ils n'ont plus qu'un mince endothélium. Cornil a même signalé des dilatations ampullaires de ces vaisseaux qui diminuent encore leur résistance. D'où possibilité très grande de rupture. Et cette rupture est

encore facilitée par un défaut d'équilibre entre la tension sanguine et la tension intrakystique. Toutes les causes qui augmenteront la tension sanguine, comme les poussées congestives, ou qui diminueront la pression intrakystique(?) produiront l'éclatement des vaisseaux.

Causes de l'hémorragie. — Parmi les causes qui créeront ces hémorragies, on peut se demander si le traumatisme a un rôle très important. Evidemment, un choc au niveau de la région thyroïdienne peut produire l'hémorragie. Le mécanisme d'une pareille hémorragie s'explique par ce fait que le traumatisme sur la paroi villeuse et abondamment vascularisée du kyste, va provoquer l'écrasement et la déchirure des petits vaisseaux du voisinage. Mais cette cause n'est qu'exceptionnelle. On parle toujours du rôle de l'effort, et MM. Estor et Cadillac ont rapporté l'observation d'une hémorragie thyroïdienne à l'occasion d'un accouchement. Plus fréquente autrefois était l'hémorragie provoquée par la ponction. Mais les chirurgiens ont appris à leurs dépens à quels accidents expose la ponction des kystes, et au corps thyroïde comme pour la plupart des organes, la ponction est aujourd'hui non seulement abandonnée mais proscrite.

Le rôle le plus important dans la production des hémorragies des kystes doit être attribué à l'état congestif. C'est ce qui peut se passer en particulier chez la femme au moment de l'apparition des règles, à l'époque de la puberté. D'une façon générale, agissent toutes les causes de congestion physiologique auxquelles la glande thyroïde est incessamment soumise; tous les efforts qui amènent la congestion veineuse des parois

du cou, par exemple le cas du chanteur à pleine voix, le cas de l'officier qui lance un commandement devant le front des troupes, le cas de l'homme qui pousse un cri.

Parmi les causes de congestion thyroïdienne pathologique qui ont un rôle dans la production de l'hémorragie, il faut rappeler l'importance des inflammations de la trachée. Les recherches aujourd'hui classiques de MM. Bérard et Destot ont montré qu'à l'état normal, le système veineux de la thyroïde est largement anastomosé avec les veines de la trachée, et par suite, toutes les causes qui élèvent la tension dans les veines de la trachée, retentissent pareillement sur la circulation thyroïdienne.

Nous venons d'étudier les causes des hémorragies, voyons les résultats. Ils diffèrent suivant qu'il s'agit de kyste unique ou de kystes multiples.

4° Modes de production de l'hémorragie. — L'hémorragie dans un kyste unique donne l'hématocèle classique; mais suivant qu'il s'agit de l'hémorragie d'une grosse artère ou d'une hémorragie discrète, on a des hématocèles à développement rapide ou lent.

L'hématocèle à développement rapide, c'est la forme classique que l'on trouve le plus fréquemment et qui donne des signes permettant de la reconnaître.

Hémorragie lente. — Si l'hémorragie est faible, si elle provient d'une petite zone de la paroi, on conçoit qu'elle se fasse progressivement et qu'elle donne naissance à une hématocèle impossible à reconnaître en clinique.

C'est justement sur celle-là que nous avons le dessein d'insister.

Ce sont là des hémorragies produites dans un kyste unique, mais à notre avis, on a peu attiré l'attention sur les phénomènes analogues qui peuvent se produire dans les kystes multiples de la thyroïde. En effet, il est des formes de goitre qui sont de véritables dégénérescences kystiques d'un noyau adénomateux, et si ces noyaux sont très vasculaires, il peut se passer à leur niveau les mêmes phénomènes qui se passent dans les kystes thyroïdiens et il se conçoit très bien qu'on puisse aussi parler d'hématocèles. Une de nos observations est absolument typique à cet égard. Il s'agit d'un gros noyau creusé de multiples kystes. L'ensemble du noyau est très congestif, très rouge, comme infiltré de sang, et chacun des kystes en particulier est le siège d'une petite collection sanguine. C'est là, à notre avis, une variété d'hématocèle à distinguer et il nous a semblé utile de publier la photographie très démonstrative qui accompagne cette observation, due à l'obligeance de notre maître, M. le professeur Tixier.

Evolution de l'hématocèle. — Comment évolue l'hémorragie ? Les hématocèles, lorsqu'elles se produisent brusquement, peuvent donner des accidents immédiats d'ordre asphyxique. Nous n'insisterons pas sur eux.

De même, nous ne ferons que signaler les complications secondaires des hématocèles : la suppuration ou l'organisation du caillot et de la poche. Ce sont là des notions classiques sur lesquelles il est inutile de revenir à nouveau. Elles sont suffisamment développées dans

les ouvrages de MM. Bérard et Kocher, sans qu'il soit utile de les décrire à nouveau.

Hématocèle thyroïdienne et cancer. — Nous ne faisons que signaler aussi l'existence des hématocèles dans les cancers thyroïdiens. C'est un sujet qui, à lui seul, pourrait mériter un développement, mais que nous éliminons complètement de notre étude.

CHAPITRE II

LES SYMPTOMES CLASSIQUES DE L'HÉMATOCÈLE THYROÏDIENNE

L'hématocèle thyroïdienne, comme le goitre kystique dont elle est une complication, se rencontre à peu près exclusivement chez des individus provenant des régions goitrigènes. A Lyon, en particulier, les malades qui viennent consulter descendent des communes de la Savoie, du Jura et du Massif central où le goitre est à l'état endémique. Il est inutile de rappeler la constance des antécédents thyroïdiens dans la famille des porteurs de goitre et il est de règle de rencontrer le père ou la mère ou des frères et des sœurs atteints de cette affection.

Sa fréquence est plus grande chez la femme que chez l'homme, peut-être parce que la femme boit de l'eau plus volontiers que l'homme, mais surtout parce qu'il y a une relation nette entre les poussées thyroïdiennes et les différents états qui caractérisent l'activité physiologique de la femme : règles, grossesse, accouchement.

Le goitre apparaît le plus généralement entre quinze et vingt ans, plus rarement entre trente et quarante, exceptionnellement après. L'hématocèle fera aussi son apparition aux mêmes dates.

La plupart des auteurs s'accordent à reconnaître que les goitres kystiques se présentent avec une plus grande fréquence que les goitres solides. Et dans ces kystes de la glande on peut rencontrer, comme nous l'avons dit précédemment, un liquide séreux, plus ou moins filant, ou plus souvent du sang liquide ou coagulé, noir ou rouge, lie de vin ou chocolat.

Il faut noter d'abord que le goitre kystique, dont l'hématocèle est une complication, se présente le plus souvent avec des caractères particuliers. Ce sont ces goitres qui, en effet, donnent les grosses tumeurs thyroïdiennes. Il est vrai que, dans ces cas-là, il s'agit du cysto-adénome, c'est-à-dire du goitre colloïde à vacuoles kystiques. Mais plus souvent encore le goitre qui est sujet à l'hématocèle se présente sous les aspects d'un noyau régulier inclus dans la glande avec laquelle il est plus ou moins confondu. Les kystes thyroïdiens habituels ont le volume d'un poing et quelquefois moins. Ce sont des tumeurs qui ont une tendance à s'énucléer, pour ainsi dire, de la glande.

Peut-on d'abord estimer la fréquence des formes kystiques des goitres par rapport aux formes parenchymateuses? Il est assez difficile de le faire. On pourrait évidemment compulser les statistiques et arriver à donner un chiffre. Outre que ce chiffre serait très arbitraire parce que, actuellement, on ne publie plus d'observations de goitres, il ne serait d'aucun

intérêt pour la question. En conséquence, il est aussi difficile d'estimer la fréquence de l'hématocèle thyroïdienne par rapport au kyste.

Lorsque l'hématocèle se produit, elle est en général annoncée par un ensemble de signes qui lui donnent une allure clinique à laquelle il est aisé le plus souvent de la reconnaître. Ces symptômes sont les suivants : ce sont des symptômes à la fois fonctionnels et physiques.

1^o Symptômes fonctionnels. — Lorsque l'hématocèle se produit, elle se traduit par un gonflement assez rapide de la tumeur thyroïdienne. Celle-ci augmente progressivement de volume et parfois extrêmement rapidement. En quelques heures, le cou peut gonfler soit lentement, soit par véritables saccades. Il semble au malade que, d'instant en instant, la tumeur se tend et grossit. En même temps, la masse lui paraît beaucoup plus dure : à la consistance molle du goitre a fait place une masse solide comme infectée.

A la fois sont apparus des troubles fonctionnels auparavant très légers. Les troubles respiratoires peuvent être si accusés parfois qu'en quelques heures le malade devient véritablement anhélant. On cite même des cas où l'hématocèle survenant dans un goitre qui produisait déjà auparavant des symptômes fonctionnels a entraîné l'asphyxie et la mort. Les troubles respiratoires s'accompagnent souvent de troubles de compression des récurrents. La voix devient enrouée ; il y a même quelquefois, en quelques heures, apparition d'une véritable aphonie. La paralysie des cordes pro-

voque en même temps une gêne respiratoire considérable. On sait la fréquence des paralysies ou plutôt des parésies laryngées chez les malades porteurs d'un goitre, parésies souvent d'ailleurs latentes, pour ainsi dire, et que l'on ne découvre que si l'on fait l'exploration systématique par la laryngoscopie. D'après M. Garel, 22 pour 100 des goitreux présentent des altérations des cordes. Il est facile de comprendre le mécanisme des troubles vocaux dans l'hématocèle chez des malades déjà porteurs d'altérations des récurrents.

L'augmentation du volume du corps thyroïde produit encore un retentissement œsophagien; la dysphagie apparaît en quelques instants, il semble au malade qu'un carcan lui étrangle le cou.

2° Signes physiques. — Lorsqu'on examine un malade porteur d'une hématocèle typique, on constate un ensemble de symptômes qui sont assez nets. L'aspect du malade est déjà assez particulier. Il frappe par la compression veineuse de la face et du cou; souvent on aperçoit le gonflement des veines de la région thyroïdienne; parfois, il existe sous la peau devenue plus épaisse par suite d'un œdème diffus de très légères ecchymoses, non pas nettes et localisées comme celles des traumatismes, par exemple, mais, au contraire; extrêmement discrètes et véritablement parsemées dans le tissu cellulaire. On a un peu l'impression des vieilles ecchymoses à distance, dans des foyers de fractures au moment où ces ecchymoses sont en train de disparaître. Ces ecchymoses occupent la

face antérieure du cou, et peuvent descendre sur la face antérieure du sternum; d'ailleurs, il ne s'agit pas là d'un symptôme pathognomonique, ainsi que nous le verrons plus loin.

Lorsqu'on palpe le kyste dans lequel l'hémorragie s'est produite, on est frappé par la tension spéciale de la tumeur. Celle-ci semble pleine, dure; elle est véritablement immobilisée dans les plans voisins; cette exploration est d'ailleurs un peu douloureuse, et les symptômes doivent être cherchés seulement du bout des doigts et non pas en exerçant sur le corps thyroïde une pression que la douleur empêcherait le malade de supporter. D'autre part, cette exploration est non seulement rendue difficile par la douleur, mais devient dangereuse par elle-même, car on malaxe ainsi une poche qui vient récemment de saigner et l'on risque de voir reproduire l'hémorragie dont nous venons de rapporter les dangers immédiats (signes respiratoires, asphyxie).

Les sensations obtenues du bout des doigts sont un peu diverses suivant la phase à laquelle on explore le corps thyroïde. Au début, c'est une sensation de caillot dur, c'est la véritable « injection au suif ». On obtient une sensation de tension très particulière. Plus tard, lorsque la résorption s'est faite, lorsque les strates du caillot se sont déposés en couches concentriques sur les parois de la poche, le kyste est plus mou; il est un peu dépressible et on peut avoir la sensation de rénitence ou même de fluctuation.

Evolution. — Quelle est l'évolution de cette héma-

tocèle? Nous ne voulons que rappeler brièvement l'évolution possible de l'hémorragie. Souvent, c'est peut-être le cas le plus fréquent, l'hémorragie s'arrête spontanément, et le kyste, après son accroissement de volume, reste tel quel. Il n'y a eu qu'un changement, c'est que le liquide, de séreux qu'il était, est devenu hématique. Les hématoécèles, en effet, peuvent persister très longtemps et l'on peut enlever des hématoécèles qui, cependant, se sont traduites par un syndrome net, mais si longtemps auparavant, que l'accident a disparu de la mémoire du malade. Nous retrouverons plus loin cette explication lorsque nous parlerons des hématoécèles latentes.

L'hématoécèle peut encore se rompre; si l'hémorragie est brusque et abondante, elle fait éclater les parois de la poche et le sang se répand dans le corps thyroïde, dans sa capsule, et même dans les parties molles. Il y a évidemment une sédation immédiate des symptômes, mais c'est une terminaison qu'on ne peut pas considérer comme favorable, parce que les adhérences consécutives gênent énormément dans la libération de ces goitres.

Enfin, l'hématoécèle peut suppurer. On sait combien le sang est un milieu favorable au développement des infections, sous l'influence des causes de voisinage (larynx, trachée) ou même d'infection générale; l'hématoécèle peut se transformer en un foyer septique, dont on conçoit facilement la gravité.

De cette étude on peut retenir en résumé que les symptômes sont surtout caractérisés par la transformation rapide, presque subite et par saccades, de la

symptomatologie du goitre. Il semble donc aisé d'en faire le diagnostic. En réalité, il y a à cela un certain nombre de difficultés.

En effet, si l'on se trouve en présence d'une tumeur qui a augmenté progressivement de volume, qui a déplacé les muscles et vaisseaux du voisinage, qui suit les mouvements d'ascension du larynx, on peut être incité à conclure à la présence d'une hématoçèle dans un goitre, alors qu'il s'agit d'une thyroïdite. L'erreur diagnostique peut se commettre au début quand on note des symptômes de dysphagie, des modifications de la voix, de la compression trachéale et de la paralysie des récurrents. Mais la thyroïdite entraîne peu à peu avec elle une série de phénomènes généraux et locaux qui permettront de la reconnaître. La température s'élève; l'état saburral des voies digestives, l'insipidité, la céphalée, accusent un certain degré d'infection. Les douleurs sur le trajet des branches du plexus cervical apparaissent, les mouvements de latéralité de la tête et du cou sont difficiles; toute la région malade donne à la palpation l'impression d'un empâtement plus ou moins profond; il y a de l'œdème, de la rougeur diffuse de la peau; on songe à la production d'un abcès.

A côté de cette forme de thyroïdite assez facile, somme toute, à différencier de l'hématoçèle, il existe une forme évoluant insidieusement sans phénomènes généraux et suppurant tardivement. Et ce diagnostic est d'autant plus difficile qu'une hématoçèle sous grande tension peut se rompre dans le tissu cellulaire et provoquer autour d'elle une réaction conjonctive

considérable. La température elle-même n'est pas un élément de diagnostic absolu. Dans les formes aiguës, évidemment, celle-ci est importante pour trancher le diagnostic, lorsqu'elle est très élevée; mais dans les formes chroniques, la température peut être seulement de quelques dixièmes, osciller autour de 38 degrés. D'ailleurs, l'hématocèle peut elle-même donner quelques dixièmes de fièvre. La difficulté à trancher l'hésitation est parfois extrêmement grande, mais il faut se rappeler d'abord que la thyroïdite est plus fréquente que l'hématocèle, en deuxième lieu que la masse thyroïdienne, dans les inflammations, est beaucoup plus fixée et diffuse, tandis qu'au contraire, dans l'hématocèle, au moins pour la plupart des cas, la tumeur reste assez limitée et assez mobile. Enfin, une dernière notion est extrêmement importante, c'est la notion d'infection, c'est-à-dire le commémoratif d'une infection générale ou locale, à l'origine de la thyroïdite, par exemple, l'existence d'une grippe, d'une angine, la notion d'un furoncle, d'une maladie gastro-intestinale, d'une affection pleuro-pulmonaire aiguë dans les semaines ou dans les jours qui ont précédé l'apparition de la tuméfaction.

Une autre cause d'erreur diagnostique tient à l'analogie que peut présenter l'évolution du cancer de la thyroïde avec l'hématocèle. On se trouve en présence d'une tumeur à accroissement lent, irrégulière, mamelonnée, siégeant sur un des lobes, refoulant la trachée et le paquet vasculo-nerveux du cou, suivant les mouvements du larynx et que rien ne paraît différencier de l'évolution d'une hématocèle. La tumeur, après

un stade silencieux, grossit par poussées successives et le malade accuse les mêmes symptômes fonctionnels dans les deux affections. Pour faire le diagnostic, on considérera l'âge du malade, on insistera sur le mode de développement de la tumeur; sur sa consistance; une tumeur ligueuse et fixe « donnant l'impression d'une plaque de carton, masquant les parties profondes » (Poncet), s'accompagnant d'irradiations douloureuses et surtout la présence de ganglions engorgés feront penser à une évolution maligne de la tumeur.

Cette symptomatologie analogue pour les deux affections ne reste embarrassante qu'au début du cancer; tant que le cancer reste intracapsulaire, l'hésitation est possible. Il y a des cas extrêmement embarrassants, comme nous l'avons signalé sans vouloir d'ailleurs en faire l'étude. Il existe des hématoctèles dans les cancers, autrement dit des kystes en transformation néoplasique qui donnent des hémorragies. On peut cependant arriver à préciser ce diagnostic; c'est en interrogeant exactement le malade sur les petits signes qu'il présentait déjà au niveau du corps thyroïde, avant l'apparition de l'hémorragie. Depuis quelque temps son goitre avait changé de volume, de consistance; les signes fonctionnels s'étaient accusés, la voix bitonale était apparue, enfin de petits ganglions s'étaient manifestés sur les parties latérales du cou, en même temps que le malade se mettait à souffrir le long des branches du plexus cervical. Nous avons retrouvé dans les registres de notre maître, M. le professeur Tixier, une observation typique à ce point de vue. Il s'agissait d'un homme qui se présentait avec tous les

signes d'une hématoçèle, mais il accusait des douleurs assez vives dans la nuque. Evidemment, par elle-même, l'hématoçèle peut donner des douleurs, mais ces douleurs sont peu importantes, elles n'ont pas ce caractère de fixité que présentait ce malade ; aussi avait-on fait le diagnostic de cancer du corps thyroïde. L'intervention montra qu'il s'agissait d'une hématoçèle simple en apparence. On crut s'être trompé, mais le malade avait quitté le service depuis peu qu'apparaissait déjà une grosse masse thyroïdienne nettement néoplasique qui venait confirmer l'existence du cancer.

CHAPITRE III

LES HÉMATOCÈLES LATENTES

L'hématocèle que nous venons de décrire représente la forme classique de l'affection, mais à côté de cette forme qui se traduit par un syndrome assez net et dont on peut et doit même faire le diagnostic, il existe une variété d'hématocèle véritablement latente, car rien ne semble devoir permettre de faire le diagnostic de l'hémorragie, qui est donc une surprise opératoire.

A vrai dire, cette forme est connue, bien que l'attention n'ait pas été spécialement attirée sur elle. Troché, dans sa thèse, lui consacre quelques lignes. Il dit à ce sujet : « Dans une première forme que nous appellerons
« forme chronique, le développement du kyste se fait
« régulièrement et d'une manière continue ; l'hémor-
« ragie, très peu abondante, se fait lentement, et se
« reproduit sûrement ; dans ce cas il est fort difficile,
« sinon impossible, pour le clinicien de faire un dia-
« gnostic précis, l'hémorragie intrakystique ne sera
« reconnue qu'après la ponction ou l'extirpation du
« kyste. »

Par contre, dans l'ouvrage de M. Bérard, il n'y est fait aucune allusion. Notre maître, M. le professeur Tixier, a eu l'occasion d'en observer trois cas bien typiques que nous rapporterons et que nous ferons suivre de quelques commentaires.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tixier.)

Hématocèle latente dans un kyste thyroïdien.

M..., Adèle, épouse L..., trente-neuf ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une congestion cérébrale à quarante-sept ans, mère vivante et bien portante.

Antécédents collatéraux — Quatre frères en bonne santé.

Antécédents personnels. — La malade entre dans le service pour son goitre. Aucun de ses parents n'a, dit-elle, présenté de goitre. Elle est née à Lyon, toute sa famille est originaire de Lyon.

La malade s'est bien portée dans son enfance; elle dit cependant avoir toujours été anémique et s'enrhumer facilement.

Réglée à quatorze-quinze ans. Ses règles sont peu abondantes et sans grande douleur, assez régulières.

Vers seize ans la malade s'était aperçue qu'elle avait le cou fort et plus fort d'un côté que de l'autre.

A dix-huit ans elle a contracté la fièvre typhoïde au cours d'une épidémie de quartier. Sa fièvre typhoïde s'était accompagnée de gêne pulmonaire qui avait contre-indiqué les bains. A été soignée à Saint-Pothin.

Pendant sa convalescence de fièvre typhoïde, la malade

s'aperçoit qu'elle a une grosseur sur la face interne du tibia gauche. Un an après, elle est opérée. L'os a été trépané et après élimination de séquestres elle s'est remise complètement.

Son goitre augmentait petit à petit sans que la malade se soit aperçue de poussées congestives du côté de son goitre au moment de ses règles. Elle consulta alors de nombreux médecins qui lui conseillèrent des préparations iodées qui faisaient, dit-elle, diminuer légèrement son goitre.

La malade a eu la grippe avec bronchite en 1918.

En septembre 1920, la malade qui est nerveuse et impressionnable se sent fatiguée, perd ses forces. Elle consulte un médecin qui lui fait prendre sa température pendant plusieurs jours, la fait radiographier et ne trouve rien au poumon.

Elle se décide alors à venir se faire opérer à cause, dit-elle, des troubles de son état général, occasionnés par son goitre (émotivité croissante, irritabilité, sueurs, crises de tachycardie avec léger tremblement passager).

A son entrée on constate une tumeur occupant la partie gauche du cou et faisant saillir le sterno-cleïdo-mastoïdien. La tumeur est mobile aux mouvements de déglutition, mais ces mouvements sont peu amples.

La peau est mobile et normalement colorée. A la palpation on sent une tumeur relativement ferme, développée au niveau du lobe gauche du corps thyroïde. Son volume est celui d'une demi-orange et elle soulève le sterno-cleïdo-mastoïdien.

Le larynx est dévié à droite. On sent l'encoche du cartilage thyroïde en dehors de la ligne médiane.

La malade dit que la tumeur ne la gêne que dans certains mouvements étendus du cou.

La malade se sent oppressée quand elle fait un effort ou parle longtemps. Sa voix est grasseyante. Elle se plaint de sa tumeur : quand elle est, dit-elle, énervée, elle a alors des palpitations. La recherche du tremblement, les doigts

étendus, est négative. Les yeux sont normaux, les pupilles égales, légère exophtalmie.

Aux poumons, quelques râles de bronchite disséminés dans les deux poumons, submatité des deux sommets, plus à droite, avec retentissement de la voix des deux côtés. Exagération des vibrations et retentissement de la toux au sommet droit.

Cœur normal. Léger souffle systolique dans la région mésocardiaque qui disparaît dans les grandes inspirations et ne se propage pas.

Au toucher, utérus en position normale, antéflexion, antéverson. Volume normal. On ne sent pas de masse accessible, mais le toucher-palper combinés montrent un peu de douleur dans le cul-de-sac latéral gauche.

Il s'agit, en somme, d'un goitre dur, uniformément lisse, douloureux à la face antérieure, sans irradiations à la nuque, ce qui fait rejeter le diagnostic de dégénérescence, mais fait admettre que le goitre est en évolution avec phénomènes de basedowisme.

INTERVENTION. — 23 novembre 1920. Anesthésie générale à l'éther.

Incision parallèle au bord antérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien. Les muscles sont écartés. On arrive sur la tumeur; il est difficile de trouver une zone décollable. On la libère cependant sur la face antérieure, bien qu'avec peine, mais en essayant de poursuivre la décortication en arrière, elle éclate brusquement. On constate alors qu'il s'agit d'un kyste à contenu sanguin. On achève l'énucléation et on fait l'hémostase et la suture sur un drain.

Suites opératoires, très simples. La malade quitte le service au quinzième jour cicatrisée.

En somme, il y a eu dans un kyste une hémorragie produite sans aucune phase aiguë, sans qu'un signe clinique ait pu faire soupçonner son existence.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tixier.)

Goitre parenchymateux à cavités pseudo-kystiques, remplies par de petites hémorragies, formant de véritables hématoctèles, latentes au point de vue clinique.

L..., Eugène, quarante-six ans, cultivateur, entré le 17 janvier 1921, à la salle Saint-Philippe. Le malade vient à l'hôpital pour se faire opérer d'un goitre.

Antécédents héréditaires. — Père mort à soixante-sept ans (n'avait pas de goitre) de fluxion de poitrine. Mère âgée de soixante et onze ans, bien portante. Avait un goitre du volume d'un gros poing, ne donnant lieu à aucun trouble et n'ayant jamais été traité, qui aurait disparu progressivement au moment de la ménopause, en quatre à cinq ans.

Actuellement, son corps thyroïde est encore du volume d'un œuf de poule, ne se signale par aucune gêne fonctionnelle.

Antécédents collatéraux. — Une sœur, morte à dix-huit ans, d'affection pulmonaire aiguë ayant duré trois mois, n'avait pas de goitre. Un frère en bonne santé, âgé de quarante ans, n'a pas de goitre.

Antécédents personnels. — Le malade appartient à une région goitrigène. Dans son village, comptant 300 habitants, il y a trois goitreux. Aux alentours, il y en a également, mais on ne trouve pas de myxœdémateux.

Rougeole dans l'enfance. Pas d'adénite, pas de blépharite, pas d'otite, pas de bronchite.

Est allé en classe jusqu'à treize ans, puis a aidé sa famille dans la culture.

A fait trois ans de service militaire. Blennorragie à cette époque ayant duré deux mois, pas de syphilis avouée.

Marié à trente-cinq ans, femme âgée de quarante-cinq ans, de constitution frêle; n'a pas d'appétit, tousse de

temps en temps, leucorrhée abondante, pas de fausse couche, pas d'enfant.

A quarante ans, a été mobilisé dans l'infanterie territoriale, est allé aux tranchées, a été réformé en 1918 à la suite d'intoxication par les gaz et parce que son goitre grossissait.

Son goitre est apparu à vingt-cinq ans. Depuis cette époque, il n'a cessé d'augmenter progressivement de volume, mais il était parfaitement toléré. Depuis deux ans seulement, le timbre de sa voix s'est un peu modifié. Le malade éprouve quelques lancées douloureuses dans le cou (deux côtés), à la suite de travaux pénibles, et quelques palpitations. Il n'a pas maigri et n'a pas perdu ses forces.

Depuis sa réforme, quelques crises d'asthme légères quand il a trop travaillé; la nuit, il dort bien; n'a pas de dyspnée.

Quelques bronchites de temps en temps.

Boit assez modérément du vin et de l'eau-de-vie.

C'est le Dr Thévenet, de Lons-le-Saunier, qui envoie le malade au Professeur Tixier.

A l'entrée, malade vigoureux, paraissant en très bon état de santé.

Goitre, volume d'un gros poing d'adulte. Le lobe droit est plus hypertrophié que le gauche. Tumeur s'étendant du cricoïde au manubrium et d'un sterno-mastoïdien à l'autre.

A son niveau, peau normale, souple, glisse parfaitement sur les plans profonds.

Tumeur lisse, non bosselée, suivant les mouvements du larynx dans la déglutition, mobile à la mobilisation latérale. On suit partout les contours de la tumeur.

Pas de signe de goitre endothoracique, pas de goitres aberrants.

Pas de troubles du X, ni du sympathique, ni des récurrents (semble-t-il, car laryngoscopie pas faite).

Voix très légèrement rauque.



OBSERVATION II

(L. E., 20 Janvier 1921)

On voit la tumeur parenchymateuse ouverte en deux, creusée de vacuoles remplies de sang. Ces vacuoles forment sur la pièce de grosses vésicules rouges.

Sur la gauche du cliché on voit un noyau cartilagineux qui rétracte les tissus autour de lui.

Pouls à 95, mais pas de tremblement, ni d'exophtalmie; déglutition normale, pas de trouble de la respiration.

En résumé : signes classiques d'un goitre sans complication.

Poumons : à droite, en arrière et dans toute l'étendue du champ pulmonaire, légère submatité et respiration un peu soufflante (Dr Dufour). Le reste des poumons respire bien. Pas de signe de tuberculose.

Cœur normal. Quelques rares extrasystoles, d'ailleurs perçues par le malade.

Foie, rate, reins normaux. Anneaux inguinaux larges, surtout à droite. Phimosis. Quelques nævi.

Jambe gauche, quelques traces d'éclats d'obus sur la peau.

Une exostose à la partie supérieure du tibia gauche.

Rien ailleurs. Toucher rectal. Prostate très légèrement hypertrophiée et dure.

Pas de température. Urines normales.

Etat général excellent. Pas de troubles de l'intellect.

INTERVENTION. — 20 janvier 1921. Anesthésie générale à l'éther.

Grande incision transversale, grosse circulation superficielle. Incision longitudinale entre les muscles sous-hyoïdiens. La capsule est très vasculaire. On fait une énucléation assez rapide.

On sent alors par l'intérieur de la poche, et situé dans le lobe gauche, un autre kyste, mais de petit volume. Par une incision partant de la grande poche kystique, on pratique l'énucléation de ce deuxième noyau intrathyroïdien.

Suture hémostatique. Un drain dans la poche.

Suites opératoires extrêmement simples. Le malade quitte le service au quinzième jour, complètement cicatrisé.

Examen de la pièce. — La pièce enlevée est du volume d'un poing d'enfant, ovoïde. Elle est déchiquetée un peu à son pôle inférieur, où elle semble plus friable, et là on reconnaît une cavité pseudo-kystique, sans membrane propre, dans laquelle se moule un caillot et qui avait

donné lieu, au moment de l'ablation, à un jet de sang sombre encore fluide. La tumeur est, à la coupe, de coloration rouge sombre, à reflets verdâtres ou jaunâtres, d'aspect colloïde; des travées de tissu cartilagineux la traversent irrégulièrement. Par places, deux ou trois cavités pseudokystiques sans paroi propre, sortes de géodes remplies d'un caillot translucide que l'on peut élever de la poche qui le renferme.

En résumé, foyers d'hématocèles dans les géodes d'une tumeur parenchymateuse.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Tixier.)

F... Philippe, quarante-sept ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort après une longue maladie. Mère morte subitement. Aucun d'eux n'avait le goitre.

Antécédents collatéraux. — Un frère mort de tuberculose, une sœur morte de tuberculose, un frère mort à la guerre, un mort au régiment, deux morts de méningite. Il reste deux frères et deux sœurs. Aucun n'a de goitre.

Antécédents personnels. — Aucune maladie de l'enfance.

Réformé pour goitre et taille inférieure à la limite.

Est depuis toujours porteur d'un goitre qui ne le gênait pas d'une manière très sensible.

Depuis un an et demi le goitre a augmenté; il n'est cependant pas douloureux mais détermine de la dyspnée surtout pendant l'hiver et à l'occasion de refroidissements.

A l'entrée on est frappé immédiatement par l'aspect des plus typiques de nanisme thyroïdien que présente le malade : taille exiguë, grosse tête, massif facial élargi et aplati, poils rares et grêles, mains énormes aux doigts courts et trapus.

D'autre part le malade présente des dystrophies congénitales intéressantes; il existe une ankylose totale de l'épaule droite, très bien compensée par la bascule de l'omoplate dans les mouvements du bras et une déformation de l'articulation du coude; l'humérus droit est raccourci. La radiographie de l'épaule montre une déformation considérable. Mais nous n'insistons pas sur les caractères particuliers de cette déformation qui mériteraient à eux seuls un long développement.

Portant l'examen sur le cou du malade, on découvre une tuméfaction diffuse que l'on reconnaît appartenir au corps thyroïde, malgré son peu de mobilité dans les mouvements de déglutition. Le goitre est médian et gauche, il n'est pas plongeant. La peau, à son niveau, n'est pas modifiée, ni enflammée, ni adhérente. A la palpation on décèle l'hypertrophie diffuse du corps thyroïde, mais la consistance est loin d'être partout la même; à gauche, notamment, on sent un noyau nettement induré de consistance presque calcaire, se continuant sans démarcation bien nette avec le reste de la glande.

La trachée est très déviée à droite. Cependant les signes consistent surtout en dyspnée d'effort, sans tirage, ni cornage; la voix est rauque, presque bifonale, mais au dire du malade elle est ainsi depuis toujours. Pas d'otalgie, pas de gêne de déglutition, pas de phénomène sympathique, pas d'œdème en pèlerine du thorax.

En somme, nanisme thyroïdien s'accompagnant de goitre ancien sans symptômes fonctionnels alarmants, mais posant néanmoins le diagnostic d'une dégénérescence néoplasique possible?

Etat général bon.

Aux poumons, aux deux sommets et surtout à droite, on trouve des signes évidents d'imprégnation bacillaire, mais on ne trouve pas de signe de lésions évolutives actuelles.

Rien au cœur. Urines : ni sucre, ni albumine.

Etat mental : intelligence éveillée, peu développée cependant. Le malade répond aux questions, ne donnant nullement l'impression d'être un crétin goitreux.

A cause de la compression de la trachée et par suite des phénomènes d'asphyxie grave, il est indiqué malgré le myxœdème d'agir sur le goitre.

INTERVENTION. — 2 mai 1921. Anesthésie générale à l'éther.

En raison de très grosses veines cervicales superficielles et comme on veut agir surtout sur l'isthme et sur la trachée, on pratique une incision médiane verticale qui conduit de suite sur l'isthme thyroïdien. On constate alors qu'il s'agit d'un vieux goitre à portions calcifiées, comprenant la presque totalité du corps thyroïde. Alors on amorce sur le milieu une énucléation sous capsulaire, laquelle s'exécute d'une façon irrégulière à droite et en arrière. De telle sorte qu'en réalité on est conduit à reconnaître successivement comme dans la thyroïdectomie les pédicules vasculaires d'une façon séparée.

Pour conserver la plus grande partie du corps thyroïde sain, de propos délibéré on fait la ligature de ces pédicules en prenant largement la capsule et la portion correspondant aux cornes de façon à conserver de petits lobules thyroïdiens. On aperçoit, surtout à l'isthme et à droite, une parathyroïde que l'on respecte naturellement.

L'hémostase est faite d'une façon très satisfaisante. Un drain.

Suites opératoires : excellentes, sans complication.

Examen de la pièce. — A la coupe qui intéresse tout le lobe gauche du corps thyroïde enlevé on reconnaît, dans la moitié inférieure, une glande qui semble normale, un peu œdématiée cependant. Le tiers moyen est rempli par une masse d'aspect encéphaloïde plus rouge, mal limitée avec les tissus sains voisins et creusée de foyers hémorragiques, les uns récents, d'autres plus anciens, d'autres dont le foyer est complètement crétacé. Le pôle supérieur de la tumeur

est complètement ossifié, on doit les couper à la scie. Il est dur à la section.

En somme, il s'agit vraisemblablement d'un adénome



Obs. III. — Petits foyers hémorragiques latents
dans un goître ancien.

(Dessin dû à l'obligeance de M. le professeur agrégé Paul Bonnet.)

thyroïdien ancien, type Wölfler, avec dans son intérieur des foyers d'hématocèles typiques représentés dans l'image ci-dessus.

Examen histologique.

(Dû à l'obligeance de M. Eugène Pollosson.)

Coupe à la congélation, 3 mai 1921.

L'examen du fragment prélevé montre l'aspect général de l'adénome thyroïdien de Wölfler, c'est-à-dire que :

1° Le tissu thyroïdien est disposé soit sous forme de grosses vésicules typiques, sans contenu colloïde, soit sous forme de tubes pleins, soit même d'amas cellulaires plus diffus. Les cellules ont des caractères typiques. Pas de prolifération à l'intérieur des vésicules. Pas de karyokinèse;

2° Tissus conjonctif à type muqueux contenant par places des plages hémorragiques ou des zones pigmentaires qui sont l'indice de petites hématoécèles. Il est toutefois difficile de ne pas affirmer qu'il ne s'agit pas d'un épithéliome, étant donné qu'en certain point les cellules semblent avoir tendance à s'infiltrer dans les interstices conjonctifs.

Ainsi qu'on le voit par la lecture de ces trois observations, il s'agit bien d'hémorragie intrakystique qu'aucun signe clinique ne permettait de soupçonner. Nous verrons d'ailleurs plus loin si ceci est parfaitement exact et, pour l'instant, il nous faut seulement faire remarquer ce que ces trois observations ont de particulier au point de vue anatomique. Elles illustrent parfaitement les deux variétés d'hématoécèle que nous avons signalées dans notre premier chapitre. La première (obs.I) est un exemple de kyste dont le contenu

est en transformation hématiche. C'est la véritable hématoçèle classique. Dans les deux autres, au contraire (obs. II et III), il s'agit de foyers hémorragiques dans les pseudo-kystes ou plus exactement dans les géodes d'un goître parenchymateux. Ainsi que nous l'avons fait remarquer, le mécanisme est identique, et on peut très volontiers rapprocher ces deux formes l'une de l'autre. Evidemment, pour les observations I et II, il n'a pas été fait d'étude histologique de la paroi et nos observations sont par là-même passibles d'une petite critique. Mais à cela, on peut répondre qu'il s'agit d'un processus banal, extrêmement bien connu, et que l'étude histologique de nos pièces n'aurait vraisemblablement apporté aucune contribution nouvelle, ni à l'étude des hématoçèles en elles-mêmes, ni à celle du mécanisme des hématoçèles latentes.

Par contre, en se plaçant simplement au point de vue clinique, l'observation de ces trois malades permet de faire un certain nombre de réflexions, tant au point de vue de la pathogénie que des symptômes constatés chez eux.

1° Pathogénie. — Quel est donc le mécanisme d'une hémorragie qui se produit assez insidieusement pour ne donner lieu à aucun symptôme important? Il suffit pour le comprendre de se reporter aux notions anatomo-pathologiques exposées au début. Nous avons vu qu'il y avait deux modes de production de l'hémorragie. Dans l'un, il s'agit d'une hémorragie importante et rapide. Dans l'autre, celle-ci n'est qu'un suintement léger qui se fait peu à peu avec de longs

intervalles; c'est la transformation lente d'un liquide citrin en liquide hématique de plus en plus foncé et épais. On conçoit facilement que cette transformation passe, pour ainsi dire, inaperçue. En effet, elle explique extrêmement bien la latence des symptômes. Mais, il y a peut-être une autre explication qu'on peut donner, c'est que l'hémorragie s'est produite, sans brusquerie il est vrai, mais avec un petit syndrome clinique, qui, par suite de son ancienneté, a été oublié par le malade. On sait en effet avec quelle facilité de petits incidents cliniques peuvent être oubliés, même des gens qui s'observent avec le plus d'attention, et, d'autre part, une hématocele peut rester fort longtemps sans évoluer, si bien qu'on peut rencontrer des hématoceles dont la production remonte à des années.

2° Réflexions cliniques. — C'est en raison de cela que nous croyons pouvoir dire que, si l'expression, « hématocele latente » est excellente, elle ne correspond peut-être pas toujours à la réalité. On peut redire ici le mot que M. Bourgeois écrivait dans sa thèse à propos des abcès du cervelet d'origine otique : « Il n'y a pas d'hématoceles latentes, il n'y a que des hématoceles méconnues. » C'est dire qu'au fond, si on interrogeait ces malades avec soin, et si on voulait analyser exactement de près tous les petits signes qu'ils présentent, on arriverait, sinon à affirmer l'existence d'hémorragie, du moins à la soupçonner. Il y a évidemment loin de ce soupçon, qui est cependant pour ces cas la seule chose possible, à un diagnostic. C'est pourquoi, il s'agit là d'une véritable

entité et il nous a semblé légitime de lui consacrer ce travail.

D'ailleurs, il est intéressant de signaler un fait d'observation que notre maître, M. le professeur Tixier, a rencontré depuis longtemps dans sa pratique et sur lequel il insiste quotidiennement dans son service, c'est que : il est rare de rencontrer un kyste, où qu'il soit, qui n'amène pas le malade au chirurgien pour une complication. Le fait est surtout évident pour l'ovaire ; il est légitime de penser qu'il en est souvent de même au corps thyroïde. C'est une nouvelle raison de soupçonner l'hématocèle, lorsque de petits signes permettent d'y penser.

Quels sont donc ces petits signes ? Il semble bien difficile de décrire la symptomatologie d'une affection qui n'en comporte justement aucune, et si nous avons employé l'expression d'hématocèle latente, c'est justement pour bien spécifier que rien ne permet de soupçonner l'hématocèle. Mais cependant, en relisant avec soin les observations précédentes, on ne peut manquer d'être frappé par un signe dont l'intérêt nous semble évident : c'est la douleur. Nous lisons dans l'observation II que le malade se plaignait de douleurs véritables dans la région thyroïdienne, bien que ces douleurs ne fussent pas vives, mais plutôt des sensations douloureuses. Ce symptôme n'aurait peut-être pas une très grande signification, si nous ne trouvions chez la malade de l'observation I une douleur à la pression de la glande thyroïde. Ce signe n'a pas été noté de façon expresse dans les autres observations, mais il est assez net dans ce cas pour qu'on puisse

lui attribuer une certaine importance. En effet, les douleurs, soit spontanées, soit provoquées par la pression, n'existent pas dans les goîtres simples. On peut les rencontrer dans le goitre compliqué de basedowisme, mais, en dehors de ce cas, nous pensons que l'existence de ce symptôme doit au moins éveiller l'attention.

Evidemment, si l'on peut penser qu'un goitre douloureux a des chances d'être compliqué, il est impossible de dire qu'il est compliqué d'hématocèle, parce que, pour penser à l'hématocèle, il faudrait savoir qu'il s'agit d'un kyste et le diagnostic de kyste thyroïdien est extrêmement difficile à poser. Il n'y a rien, en effet, de plus trompeur que la sensation de rénitence ou de pseudo-fluctuation dans les kystes, car il y a trop de points de transition entre les noyaux parenchymateux, les goîtres colloïdes et les kystes. Un kyste sous tension peut donner à la main la sensation d'une masse plus ferme et plus consistante qu'un goitre colloïde qui apparaît à la coupe comme une gelée tremblotante. Essayer de faire le diagnostic de kyste ou de goitre solide, c'est s'exposer à de constantes méprises. Notre maître, M. le professeur Tixier, a l'habitude de dire que ce sont justement les goîtres kystiques qui donnent la sensation des masses les plus solides et inversement, lorsqu'on perçoit une fluctuation nette, il ne s'agit presque jamais de kyste, mais presque toujours de goitre colloïde. C'est pourquoi il semble plus sage de renoncer à faire le diagnostic de goitre solide ou kystique.

Dans ces conditions, on se trouve en face d'une nou-

- velle difficulté pour songer à l'hématocèle, ce qui, d'ailleurs, n'enlève rien de la valeur du signe sur lequel nous avons insisté : la douleur.

3^o Conclusions thérapeutiques. — Il y a une conclusion thérapeutique à tirer de toute cette étude. L'existence des hématocèles latentes serait un argument de plus en faveur de l'intervention dans les goîtres, si cette intervention avait besoin d'être discutée. Mais aujourd'hui les progrès de la technique, l'emploi de l'anesthésie locale ou régionale, le fait que les malades mieux éduqués viennent plus rapidement trouver le chirurgien, ont amélioré singulièrement le pronostic et le résultat des interventions. Celles-ci, particulièrement lorsqu'il s'agit de kystes, se présentent avec des caractères de simplicité qui doivent faire préconiser l'intervention.

Elle est évidemment subordonnée à toutes les conditions d'ordre général ou local qui régissent les indications opératoires dans les tumeurs thyroïdiennes, et nous n'avons pas l'intention d'insister sur elles. Mais à plus forte raison cette intervention est-elle indiquée dans un goître lorsque apparaît le symptôme douleur. Le fait qu'on pense à la possibilité d'une hématocèle est un argument pour intervenir. On sait quel milieu favorable à l'infection constitue le sang. Une hématocèle est susceptible de suppurer sous l'influence de toutes les infections. Il est donc d'un certain intérêt de supprimer ce foyer dangereux.

Inutile d'insister sur la technique de l'intervention. C'est l'énucléation telle qu'elle a été autrefois imaginée

par Socin, et qu'elle est passée dans les mœurs chirurgicales. Mais une fois le kyste enlevé, il faut chercher s'il n'existe pas un second kyste et, dans ce cas, l'enlever en incisant le parenchyme, à travers les parois de la poche. Il n'y a rien là qui soit bien particulier et qui s'écarte des règles générales du traitement chirurgical des goîtres.

CONCLUSIONS

I. — A côté de la forme classique ou commune de l'hématocèle thyroïdienne, caractérisée par son développement rapide, par saccades, accompagnée quelquefois de phénomènes mécaniques aigus, il existe une forme caractérisée par son développement insidieux, forme qu'on peut appeler *latente*.

II. — Il est impossible évidemment d'en faire le diagnostic, d'autant plus qu'il est pratiquement impossible de distinguer un goitre kystique d'un goitre solide, mais on rencontre presque toujours un signe sur lequel nous avons insisté, c'est la douleur. Un goitre douloureux doit faire songer à l'hématocèle.

III. — Des hémorragies latentes peuvent exister aussi dans les cavités pseudo-kystiques des goitres. Elles sont justiciables des mêmes considérations.

IV. — L'hématocèle étant une complication des goitres, elle constitue par elle-même une indication opératoire formelle.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LÉPINE

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TIXIER

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 4 mai 1921.
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — Notions anatomo-pathologiques . .	11
CHAPITRE II. — Les symptômes classiques de l'hématocèle thyroïdienne.	19
CHAPITRE III. — Les hématocèles latentes	29
CONCLUSIONS	47

